

吸入指導依頼書・吸入指導評価表の使用方法

吸入指導依頼書(1種類)、吸入指導評価表(2種類)があります。＜下図参照＞

これらの書面は吹田市薬剤師会のホームページよりダウンロードできます。

吸入指導依頼書(医師→薬剤師)

患者さまへ
吸入薬は、吸入薬を正しく使用することが重要です。正しく吸入ができないと治療効果が十分得られず、病状は改善されず悪化する恐れがあります。吸入薬は、お薬手帳から医師や薬剤師から吸入方法の指導を受けてください。この依頼書であなたのお病状について、医師から薬剤師へ依頼を伝えられます。薬剤師にあなたの病状を伝えらるることにより、適切な指導を行うことができ、あなたの吸入薬をより安全に有効に使うことができます。

【吸入指導依頼書】 医師→薬剤師

医療機関名 _____ TEL () _____ FAX () _____

担当医師 _____

患者名 _____ 年齢 _____ 性別 _____ 男・女 _____

※下記、該当する項目に☑を入れて下さい

【病名】
☐ 喘息 (診断書) ☐ 喘息 (診断書) 疑い ☐ COPD ☐ COPD 疑い
☐ その他 () _____

【アレルギー歴】
☐ あり (薬剤) _____ その他 _____
☐ アスピリン敏感 (NSAIDs 薬) _____
☐ なし

【依頼内容】
☐ 初診指導 ☐ 継続指導 () ☐ その他 () _____

【使用吸入薬】 ※ 一部は2ヶ月分を依頼される場合は、その旨を「備考欄」に記載してください

スチロイド薬	LABA	LABA/LABA	LABA/β2刺激薬	SABA	β2刺激薬	抗コリン薬
☐ フルミコート	☐ クロニカス	☐ クロニカス	☐ クロニカス	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン
☐ ターベタ	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン
☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン
☐ フルミコート	☐ クロニカス	☐ クロニカス	☐ クロニカス	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン
☐ ターベタ	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン
☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン
☐ フルミコート	☐ クロニカス	☐ クロニカス	☐ クロニカス	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン
☐ ターベタ	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン
☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン

【COPDの薬物のSABAの使用法】
☐ レスキュース (呼吸器科専用) ☐ アスピリン (呼吸器科のある科) レスキュース

【吸入指導依頼書の記入・提出の注意】
☐ SMART 薬法 (シムピコトスタービューイヤーによる吸入指導)

この「吸入指導依頼書」は、医師・診療科に記入し、薬剤師へ依頼する際に使用されます。吸入薬は「処方箋」で処方されます。吸入薬は、お薬手帳から医師や薬剤師から吸入方法の指導を受けてください。この依頼書であなたのお病状について、医師から薬剤師へ依頼を伝えられます。薬剤師にあなたの病状を伝えらるることにより、適切な指導を行うことができ、あなたの吸入薬をより安全に有効に使うことができます。

※ 本依頼書は、吸入薬の処方箋と併せて、ご所属の吹田市薬剤師会 (TEL: 06-6366-8931) に提出してください。また、「吸入指導依頼書」は、吹田市薬剤師会からダウンロードできます。

吸入指導評価表(薬剤師→医師)

【吸入指導評価表】 薬剤師→医師

医療機関名 _____ TEL () _____ FAX () _____

担当薬剤師 _____

患者名 _____ 年齢 _____ 性別 _____ 男・女 _____

※下記、該当する項目に☑を入れて下さい

【病名】
☐ 喘息 (診断書) ☐ 喘息 (診断書) 疑い ☐ COPD ☐ COPD 疑い
☐ その他 () _____

【アレルギー歴】
☐ あり (薬剤) _____ その他 _____
☐ アスピリン敏感 (NSAIDs 薬) _____
☐ なし

【依頼内容】
☐ 初診指導 ☐ 継続指導 () ☐ その他 () _____

【使用吸入薬】 ※ 一部は2ヶ月分を依頼される場合は、その旨を「備考欄」に記載してください

スチロイド薬	LABA	LABA/LABA	LABA/β2刺激薬	SABA	β2刺激薬	抗コリン薬
☐ フルミコート	☐ クロニカス	☐ クロニカス	☐ クロニカス	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン
☐ ターベタ	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン
☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン
☐ フルミコート	☐ クロニカス	☐ クロニカス	☐ クロニカス	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン
☐ ターベタ	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン
☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン
☐ フルミコート	☐ クロニカス	☐ クロニカス	☐ クロニカス	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン
☐ ターベタ	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン
☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン

【COPDの薬物のSABAの使用法】
☐ レスキュース (呼吸器科専用) ☐ アスピリン (呼吸器科のある科) レスキュース

【吸入指導依頼書の記入・提出の注意】
☐ SMART 薬法 (シムピコトスタービューイヤーによる吸入指導)

この「吸入指導依頼書」は、医師・診療科に記入し、薬剤師へ依頼する際に使用されます。吸入薬は「処方箋」で処方されます。吸入薬は、お薬手帳から医師や薬剤師から吸入方法の指導を受けてください。この依頼書であなたのお病状について、医師から薬剤師へ依頼を伝えられます。薬剤師にあなたの病状を伝えらるることにより、適切な指導を行うことができ、あなたの吸入薬をより安全に有効に使うことができます。

※ 本依頼書は、吸入薬の処方箋と併せて、ご所属の吹田市薬剤師会 (TEL: 06-6366-8931) に提出してください。また、「吸入指導依頼書」は、吹田市薬剤師会からダウンロードできます。

【吸入指導評価表(汎用)】 薬剤師→医師

医療機関名 _____ TEL () _____ FAX () _____

担当薬剤師 _____

患者名 _____ 年齢 _____ 性別 _____ 男・女 _____

※下記、該当する項目に☑を入れて下さい

【病名】
☐ 喘息 (診断書) ☐ 喘息 (診断書) 疑い ☐ COPD ☐ COPD 疑い
☐ その他 () _____

【アレルギー歴】
☐ あり (薬剤) _____ その他 _____
☐ アスピリン敏感 (NSAIDs 薬) _____
☐ なし

【依頼内容】
☐ 初診指導 ☐ 継続指導 () ☐ その他 () _____

【使用吸入薬】 ※ 一部は2ヶ月分を依頼される場合は、その旨を「備考欄」に記載してください

スチロイド薬	LABA	LABA/LABA	LABA/β2刺激薬	SABA	β2刺激薬	抗コリン薬
☐ フルミコート	☐ クロニカス	☐ クロニカス	☐ クロニカス	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン
☐ ターベタ	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン
☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン
☐ フルミコート	☐ クロニカス	☐ クロニカス	☐ クロニカス	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン
☐ ターベタ	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン
☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン
☐ フルミコート	☐ クロニカス	☐ クロニカス	☐ クロニカス	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン
☐ ターベタ	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン
☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン

【COPDの薬物のSABAの使用法】
☐ レスキュース (呼吸器科専用) ☐ アスピリン (呼吸器科のある科) レスキュース

【吸入指導依頼書の記入・提出の注意】
☐ SMART 薬法 (シムピコトスタービューイヤーによる吸入指導)

この「吸入指導依頼書」は、医師・診療科に記入し、薬剤師へ依頼する際に使用されます。吸入薬は「処方箋」で処方されます。吸入薬は、お薬手帳から医師や薬剤師から吸入方法の指導を受けてください。この依頼書であなたのお病状について、医師から薬剤師へ依頼を伝えられます。薬剤師にあなたの病状を伝えらるることにより、適切な指導を行うことができ、あなたの吸入薬をより安全に有効に使うことができます。

※ 本依頼書は、吸入薬の処方箋と併せて、ご所属の吹田市薬剤師会 (TEL: 06-6366-8931) に提出してください。また、「吸入指導依頼書」は、吹田市薬剤師会からダウンロードできます。

●吸入指導依頼書＜医師→薬剤師＞

医師が薬剤師へ患者さまの吸入指導を依頼する際に記載し、
 院外処方箋と一緒に患者さまから提出される依頼書です。

病名は「喘息(咳喘息)」「COPD」の確定診断がまだついていない場合でも吸入薬が処方される場合があります。
 その場合は「喘息(咳喘息)疑い」「COPD 疑い」にチェックされていますので、患者さまへの対応等考慮してください。

FAX 送信先(連絡先)の欄に吸入指導を依頼した医療機関の FAX 番号が記載されています。
 調剤薬局で吸入指導後、吸入指導の結果として「吸入指導評価表」(2～3 ページ目記載)を送信してください。

患者さまへ
吸入薬は、吸入薬を正しく使用することが重要です。正しく吸入ができないと治療効果が十分得られず、病状は改善されず悪化する恐れがあります。吸入薬は、お薬手帳から医師や薬剤師から吸入方法の指導を受けてください。この依頼書であなたのお病状について、医師から薬剤師へ依頼を伝えられます。薬剤師にあなたの病状を伝えらるることにより、適切な指導を行うことができ、あなたの吸入薬をより安全に有効に使うことができます。

【吸入指導依頼書】 医師→薬剤師

医療機関名 _____ TEL () _____ FAX () _____

担当医師 _____

患者名 _____ 年齢 _____ 性別 _____ 男・女 _____

※下記、該当する項目に☑を入れて下さい

【病名】
☐ 喘息 (診断書) ☐ 喘息 (診断書) 疑い ☐ COPD ☐ COPD 疑い
☐ その他 () _____

【アレルギー歴】
☐ あり (薬剤) _____ その他 _____
☐ アスピリン敏感 (NSAIDs 薬) _____
☐ なし

【依頼内容】
☐ 初診指導 ☐ 継続指導 () ☐ その他 () _____

【使用吸入薬】 ※ 一部は2ヶ月分を依頼される場合は、その旨を「備考欄」に記載してください

スチロイド薬	LABA	LABA/LABA	LABA/β2刺激薬	SABA	β2刺激薬	抗コリン薬
☐ フルミコート	☐ クロニカス	☐ クロニカス	☐ クロニカス	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン
☐ ターベタ	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン
☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン
☐ フルミコート	☐ クロニカス	☐ クロニカス	☐ クロニカス	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン
☐ ターベタ	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン
☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン
☐ フルミコート	☐ クロニカス	☐ クロニカス	☐ クロニカス	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン
☐ ターベタ	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン
☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン	☐ アスピリン

【COPDの薬物のSABAの使用法】
☐ レスキュース (呼吸器科専用) ☐ アスピリン (呼吸器科のある科) レスキュース

【吸入指導依頼書の記入・提出の注意】
☐ SMART 薬法 (シムピコトスタービューイヤーによる吸入指導)

この「吸入指導依頼書」は、医師・診療科に記入し、薬剤師へ依頼する際に使用されます。吸入薬は「処方箋」で処方されます。吸入薬は、お薬手帳から医師や薬剤師から吸入方法の指導を受けてください。この依頼書であなたのお病状について、医師から薬剤師へ依頼を伝えられます。薬剤師にあなたの病状を伝えらるることにより、適切な指導を行うことができ、あなたの吸入薬をより安全に有効に使うことができます。

※ 本依頼書は、吸入薬の処方箋と併せて、ご所属の吹田市薬剤師会 (TEL: 06-6366-8931) に提出してください。また、「吸入指導依頼書」は、吹田市薬剤師会からダウンロードできます。

●吸入指導評価表＜薬剤師→医師＞

患者さまから提出された「吸入指導依頼書」を基に吸入指導を行い、指導評価を依頼した医師へ FAX にて報告するための評価表です。

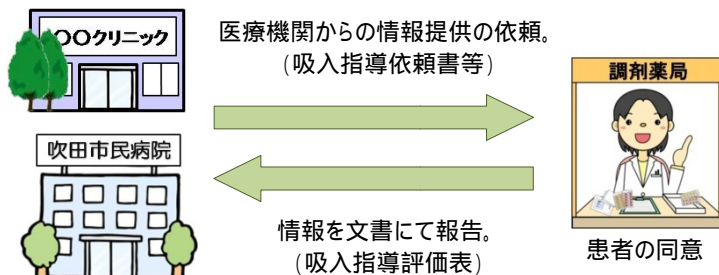
【1回目】

1回目の吸入指導の欄には、患者さまの状態やどのような状況で吸入指導を行ったかを記載後、FAX（依頼書の送信先）にて依頼医療機関へ報告してください。

この時には指導評価はしません。

「服薬情報提供料」（月に1回 15点）の算定ができます。

1回の指導料は保険金額3割負担では45円（1割負担15円、2割負担30円）の算定ができます。



【吸入指導評価表】 薬剤師→医師
 月給せ先 吹田市薬剤師会 (TEL 06-6396-6931)
 依頼医療機関 氏名 性別 年齢 月 日 年
 担当薬剤師 氏名 性別 年齢 月 日 年
 患者氏名 年齢 性別 月 日 年

●1回目の吸入指導
☐ 本人に指導した ☐ 本人使用せず指導できなかった ☐ 本人以外に指導した ☐ その他()
 吸入指導を受けたか? ☐ 指導した ☐ 指導した ☐ 指導した ☐ 指導した ☐ 指導した
☐ 吸入指導/実習で指導(指導)した ☐ 口頭で指導(指導)した ☐ その他() ☐ 吸入指導せず(医師への依頼書に添付する)
☐ スピーカー使用 ☐ 併用器具使用()
 吸入指導回数(過去1ヶ月間) 回 SAFARA使用回数(過去1ヶ月間) 回
 備考

●2回目の吸入指導
☐ 本人に指導した ☐ 本人使用せず指導できなかった ☐ 本人以外に指導した ☐ その他()
 吸入指導を受けたか? ☐ 指導した ☐ 指導した ☐ 指導した ☐ 指導した ☐ 指導した
☐ 吸入指導/実習で指導(指導)した ☐ 口頭で指導(指導)した ☐ その他() ☐ 吸入指導せず(医師への依頼書に添付する)
☐ スピーカー使用 ☐ 併用器具使用()
 備考

【2回目】

1回目の吸入指導の評価の欄には、2回目の吸入指導の前に、前回(1回目)の吸入指導でどれだけ理解できているかの評価を記載してください。

、○、 の3段階評価は別紙の「吸入指導評価チェック表」を参考にしてください。本来、「できない」は×ですが、患者さまの目の前で×は付けづらいというご意見を考慮して という表記にしています。

2回目の吸入指導では、 の評価記載後、2回目の吸入指導を行ってください。

どのような状況で指導を行ったかを記載後、FAX（依頼書の送信先）にて依頼医療機関へ報告してください。

2回目の吸入指導は、初めて吸入薬を処方(1回目吸入指導)されてから1ヶ月後が望ましいですが、吸入薬を2～3ヶ月まとめて処方される場合もありますので、2度目に処方された時(2ヶ月後、3ヶ月後...)に吸入指導を行った結果を記載してください。

服薬情報等提供料(15点)とは

処方箋発行保険医療機関から情報提供の求めがあった場合又は薬剤服用歴に基づき患者に対して薬学的管理及び指導を行っている保険薬局が当該患者の服薬等に関する情報提供の必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、服薬状況等を示す情報を文書により提供場合に月1回に限り算定する。在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。

●吸入指導評価表(汎用)＜薬剤師→医師＞

【3 回目】以降の吸入指導時にご使用ください。

6ヶ月後、12ヶ月後など定期的に吸入指導が必要な場合にもご使用ください。

使用方法は上記、「吸入指導評価表＜薬剤師→医師＞」

(2 ページ目記載)と同様です。

【 吸入指導評価表（汎用）】 実施者 → 医師		薬局名 _____	
担当薬剤師名 _____ （印）〒____市____区____番____号____		店 名 _____ TEL. _____ FAX. _____	
担当医師 _____		性別 _____ 年齢 _____	
患者名 _____		性 別 _____ 年 月 日 _____	

回目、 _____ 月 後 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

◆ 回目、 _____ 月 後の吸入指導の評価 【 吸入指導中にチェックしてください 】

※ ①～③は必ず実施する ④～⑥は必要に応じて実施する

項目	実施状況			
ガイドラインの指導を	◎ ○ △	◎ ○ △	◎ ○ △	◎ ○ △
吸入器具の指示を	◎ ○ △	◎ ○ △	◎ ○ △	◎ ○ △
吸入する	◎ ○ △	◎ ○ △	◎ ○ △	◎ ○ △
吸入後の息止めを指示	◎ ○ △	◎ ○ △	◎ ○ △	◎ ○ △
うがい	◎ ○ △	◎ ○ △	◎ ○ △	◎ ○ △
吸入後の整理（洗面・消毒を含む）	◎ ○ △	◎ ○ △	◎ ○ △	◎ ○ △
継続（再）指導の必要性	必要 不要	必要 不要	必要 不要	必要 不要

知識・理解	態度	指導/アドバイス中の評価
指導された内容を理解できている	◎ ○ △	吸入器の取り扱いが正しい コントロール薬と片付けの取り扱い 片付けの注意（薬水10分間）
説明時に気づいた疑問	◎ ○ △	吸入器の構造（薬水10分間） 吸入器の構造（薬水10分間）

◆ 指導/再指導 → ☐ 無し ☐ 再指導 ☐ 再指導 ☐ 再指導 ☐ 再指導 ☐ 再指導

◆ 回目、 _____ 月 後の吸入指導

☐ 本人に指導した
 ☐ 本人実施せず指導が必要であった
 ☐ 本人以外に指導した
 ☐ その他（ ）

項目	指導名	指導名	指導名	指導名	指導名	指導名
吸入指導を申し渡したか？	指導済	指導済	指導済	指導済	指導済	指導済

☐ 練習用/実用で指導（指導）した
 ☐ 練習で指導（指導）した
 ☐ その他（ ）

☐ スピーカー使用
☐ 併用器具指導（ ）
☐ 吸入器指導（ ）
☐ 吸入器指導（ ）

備考 _____

以上が基本的な流れとなりますが、イレギュラーとして1回目もしくは2回目吸入指導を、吹田市民病院の薬剤部で行う場合があります。

●吸入指導評価表(院内用)＜薬剤師→薬剤師＞＜薬剤師→医師＞

吸入指導依頼書と共に右記のような様式の「吸入指導評価表
＜薬剤師→薬剤師＞＜薬剤師→医師＞」を患者さまから提出
されます。

使用法は「吸入指導評価表＜薬剤師→医師＞」

(2 ページ目記載)と同様です。

続き（＜薬剤師→医師＞欄）からもしくは上記吸入指導評価表（汎用）＜薬剤師→医師＞をご使用の上開始してください。

[illegible]

「吸入指導依頼書」または「吸入指導評価表」の使用に関して、ご不明な点は吹田市薬剤師会
(TEL 06-6386-8931)にお問い合わせください。